UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1947 N° 65

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES Anastomoses Gastro-Duodénales après Gastrectomie

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et Soutenue publiquement en Juillet 1947

PAR

E. MONROUX

MEMBRES DU JURY.... MM. DUCUING, *Président.*
ROQUES
VIRENQUE *Assesseurs.*
GRIMOUD
LAPORTE *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE (LION RAOUL)
2, Rue Romiguières, 2

1947

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

ANASTOMOSES GASTRO-DUODÉNALES

APRÈS GASTRECTOMIE

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM.
Doyen	CALVET
Assesseur	LEFEBVRE
Doyens honoraires	BARDIER, GORSE

Professeurs honoraires

MM. ESCAT, RISPAL, MOOG, MERIEL, CAUBET, RIBAUT, MAURIN, ARGAUD, DALOUS, LAFFORGUE, SERR

PROFESSEURS

	MM.
Clinique de neurologie et psychiatrie	RISER
Clinique médicale	TAPIE, ROQUES
Clinique obstétricale	GARIPUY
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Chimie et toxicologie	BRUSTIER
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE
Anatomie	VALLOIS, CLERMONT
Histoire naturelle	DELAS
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.)
Pharmacie	CAUJOLLE
Pathologie interne	MOREL
Bactériologie - Hygiène - Médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BOULARAN
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Matière médicale	VINCENT
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL (P.)
Anatomie pathologique	FABRE (J.),
Cliniq. oto-rhino-laryngologique et chirurgie maxillo-faciale.	CALVET
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Chimie biologique	MONNIER (P.)
Médecine légale et déontologie	PLANQUES
Histologie et embryologie	BROUSSY.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	M. BAISSET,
Anatomie	COULOUMA.
Obstétrique	GUILHEM

AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	LAZORTHES
Histologie	BIMES, ch. des t.
Médecine	GADRAT, DARNAUD, GERAUD, DARDENNE, LAPORTE (J.),
Ophtalmologie	DEODATI.
Chimie Médicale	VALDIGUIE.
Physique Médicale	MARQUES.
Chirurgie	VIRENQUE, GRIMOUD, RIEUNAU, DIEULAFE, DAMBRIN (P.),
Pharmacie	COUTURIER.
Chimie générale pharmaceutique	BLANC.
Histoire Naturelle Pharmaceutique	Mme DULUCQ-MATHOU.

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.
Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	GARIPUY
Cours d'anat. physiol. et pathol. élém. aux élèves sages-femmes	GUILHEM
Chimie pathologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie biologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie minérale	BLANC
Stomatologie	CADENAT
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX.
Législation pharmaceutique	BGUISSET
Clinique de la tuberculose	MOREL (L.), DAMBRIN (P.).
Microbiologie	BOUISSET
Parasitologie	LASSERRE
Botanique et cryptogamie	Mme DULUCQ MATHOU
Chimie analytique	BLANC
Hydrologie et géologie	ASTRE
Médecine Sociale et du Travail.	BOUNHOURE.
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Pharmacodynamie	BOUNHOURE.
Bactériologie et Hygiène	LAPORTE.
Urologie	LIBZ.
Ophtalmologie	DEODATI.
Neuro-chirurgie	LAZORTHES,
Oto-Rhino-Laryngologie	CLAUX.

Secrétaire de la Faculté .... DUCROS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération du 12 mai 1891.)

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1947 N° 65

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES Anastomoses Gastro-Duodénales après Gastrectomie

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et Soutenue publiquement en Juillet 1947

PAR

E. MONROUX

MEMBRES DU JURY....
- MM. DUCUING, *Président.*
- ROQUES
- VIRENQUE — *Assesseurs.*
- GRIMOUD
- LAPORTE — *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE (LION RAOUL)
2, Rue Romiguières, 2
—
1947

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MES PARENTS

Je dédie ces pages, faible témoignage de ma reconnaissance et de mon affection.

A TOUS LES MIENS

Affectueusement.

Au Docteur L. GOUT

Parvenu au terme de mes études, il m'est infiniment agréable d'inscrire en tête de ce travail le nom de celui qui fut pour moi un maître et un ami.

A TOUS MES AMIS

A MON MAITRE

ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCUING

Professeur de Clinique Chirurgicale

Chirurgien en Chef des Hôpitaux

Qui nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre vive reconnaissance et de notre grande admiration.

A NOTRE JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. ROQUES

Professeur de Clinique Médicale
Officier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. VIRENQUE

Professeur Agrégé à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. GRIMOUD

Professeur Agrégé à la Faculté

Qui nous a inspiré ce travail et en a dirigé l'élaboration.

Avec nos sincères remerciements pour l'intérêt qu'il nous a témoigné.

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. LAPORTE

Professeur Agrégé à la Faculté

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548928_0077

Introduction

Si les ouvrages de technique opératoire publiés ces dernières années, décrivaient avec de nombreux détails différentes techniques de gastrectomie, peu s'étendaient sur l'anastomose de la tranche gastrique avec le duodénum, telle que l'avait pratiquée PÉAN, dès 1879. Il semblait, à la suite de nombreux insuccès, que ce procédé anastomotique, pourtant le plus ancien, fut considéré comme dangereux et systématiquement écarté de la technique de la gastrectomie.

Les nouveaux procédés, mis en honneur par REICHEL, POLYA, HOFFMEISTER et FINSTERER avaient alors la faveur des chirurgiens. S'ils se montrèrent excellents, ils ne furent pourtant pas exempts de critiques, de telle sorte que quelques chirurgiens français et étrangers se demandèrent si, pratiqué sous certaines conditions, l'ancien procédé de PÉAN, plus anatomique et plus physiologique, ne pouvait pas être remis en vigueur avec succès.

Nos Maîtres ont bien voulu nous confier la publication de quelques observations relatives à des gastrectomies à la PÉAN, pratiquées dans le Service de Clinique Chirurgicale du Professeur DUCUING.

A la lumière de ces observations inédites, et de celles trouvées au cours de nos recherches bibliographiques, nous avons essayé de montrer que le discrédit qui avait frappé les anastomoses gastro-duodénales pouvait être atténué.

Plan

Le plan de notre travail sera le suivant :

1° Historique des procédés d'anastomose après gastrectomie, et en particulier des anastomoses gastro-duodénales;

2° Raisons qui ont motivé, dans certains cas, le retour à l'ancien procédé de PÉAN;

3° Etude critique des anastomoses gastro-duodénales;

a) Leurs avantages;

b) Leurs inconvénients.

4° Indications et contre-indications;

5° Les résultats;

6° Observations;

7° Conclusions.

Historique

Avant d'entreprendre l'historique des procédés d'anastomose, il convient de rappeler que la première gastrectomie sur l'homme fut faite par PÉAN, le 9 avril 1879, pour un cancer du pylore. Cette résection gastrique minime, puisqu'il s'agissait seulement d'une pylorectomie, ne fut pas couronnée de succès.

Le 16 novembre 1880, RYDIGIER pratiquait la deuxième gastrectomie sans plus de résultat.

La troisième fut l'œuvre de BILLROTH, le 19 janvier 1881 : ce fut le premier cas de guérison.

A la suite de ces trois chirurgiens, l'opération se répandit, après que KRONLEIN, DOYEN et KOCHER en eurent amélioré la technique. Cependant, la parcimonie de la résection gastrique, la sévérité opératoire en restreignirent l'emploi et les indications : le cancer du pylore seul, justifiant une telle opération.

Ces multiples insuccès, les études anatomiques de CUNÉO et d'HARTMANN, qui montrèrent la largeur nécessaire de l'exérèse, enfin l'apparition, il y a une vingtaine d'années, des nouvelles conceptions physiopathogéniques de l'ulcère gastrique, amenèrent de profondes modifications dans la technique de la gastrectomie.

L'amélioration des résultats qui s'ensuivit enhardit les chirurgiens qui, de plus en plus, firent de cette opération le traitement de choix de l'ulcère gastrique.

Il convient donc d'envisager les multiples améliorations techniques qui ont contribué à faire de la gastrectomie une opération bénigne, et couramment pratiquée de nos jours.

En gros, deux écueils avaient conditionné les nombreux échecs des premières opérations de PÉAN :

— La faible ampleur de la résection gastrique;

— Les difficultés du rétablissement de la continuité digestive.

C'est sur eux que portèrent les efforts des nombreux novateurs.

Sur la résection gastrique, nous serons brefs. A la suite de leurs études sur l'anatomie et les lymphatiques de l'estomac, HARTMANN et CUNÉO démontrèrent la nécessité d'une exérèse large. Celle-ci, primitivement limitée au canal pylorique, s'étendit de plus en plus pour aboutir à la gastrectomie « large », procédé habituellement pratiqué de nos jours, et même, dans certains cas, à la gastrectomie totale.

La résection d'une partie plus ou moins grande de l'estomac ne constitue pas toute la gastrectomie. Encore faut-il rétablir le transit digestif. Il s'agit là d'un des temps les plus délicats de l'opération et c'est de lui que dépendent en grande partie les suites opératoires et les résultats.

Lorsque l'on fait une étude rétrospective, on est frappé par le nombre des procédés préconisés. Cette multiplicité ne doit pourtant pas nous faire oublier les

deux idées générales qui ont guidé les différents opérateurs :

— Les uns ont suturé la tranche gastrique au duodénum;

— Les autres l'anastomosèrent à la première anse jéjunale.

A. — Les Anastomoses gastro-duodénales

Elles virent le jour avec la première gastrectomie. C'est, en effet, lors de sa première opération, que PÉAN eut l'idée de suturer bout à bout estomac et duodénum, sans qu'il soit possible de savoir de quelle façon.

En 1880, RYDIGIER pratiquait la deuxième gastrectomie, et suivant ses dires, suturait le duodénum à la petite courbure.

En 1881, au cours d'une opération identique, ce même auteur anastomosait le duodénum à la grande courbure. C'est après lui que BILLROTH employait la même méthode.

Ainsi donc, si le principe de la suture gastro-duodénale bout à bout, termino-terminale, pour employer un terme plus technique, appartient sans conteste à PÉAN, c'est à RYDIGIER, comme le fait remarquer DUVAL, et non à BILLROTH, que revient l'honneur d'avoir précisé les deux manières de suture duodénale : soit à la petite courbure (RYDIGIER première manière), soit à la grande courbure (RYDIGIER deuxième manière).

Ce procédé d'anastomose termino-terminale appelée à tort BILLROTH première manière, doit donc être appelée PÉAN-RYDIGIER.

Plus tard, d'autres procédés de gastro-duodénostomie vinrent s'ajouter à celui-ci :

— La gastro-duodénostomie termino-latérale (FRINEZ-HABERER);

— La gastro-duodénostomie latéro-terminale (KOCHER, 1890);

— Enfin, la gastro-duodénostomie latéro-latérale (ITO-SOYESIMA).

B. — Les Anastomoses gastro-jejunales

A la suite des insuccès des précédentes techniques, le duodénum fut considéré comme un organe dangereux à anastomoser. On lui préféra la première anse jéjunale.

Estomac et jejunum furent donc suturés ensemble de différentes façons. De là, naquirent de nombreux procédés de gastro-jéjunostomie :

a) Les gastro-jéjunostomies latéro-latérales, procédé d'anastomose postérieure transmésocolique (RODMANN, BILLROTH 2^{me} manière) et termino-terminales (RYDIGIER 2^{me} manière, MOSKOVICZ) constituent des procédés secondaires actuellement oubliés;

b) Plus importantes sont les gastro-jéjunostomies termino-latérales, puisqu'il semble bien que ce procédé anastomique imaginé par KRONLEIN en 1888 et modifié par MIKULICZ en 1898, soit l'ancêtre des procédés actuellement utilisés.

Partant de cette idée, REICHEL en 1908 et POLYA en 1911 mirent en honneur l'anastomose latérale de la

première anse jéjunale à la totalité de la tranche gastrique.

Plus tard, HOFFMEISTER (1911) et FINSTERER (1914) préconisèrent un procédé voisin dont l'originalité consiste à fermer la partie supérieure de la tranche gastrique.

Ces deux précédentes techniques constituaient, ces dernières années, la façon habituelle de rétablir la continuité gastro-intestinale.

Ces méthodes ont fait leurs preuves :

Les nombreux succès qui suivirent leur pratique firent de la gastrectomie une opération courante pour tous les chirurgiens. La mortalité opératoire était devenue si faible qu'il y a quelques années, on n'entrevoyait pas la possibilité de faire autre chose qu'une anastomose gastro-jéjunale après une gastrectomie.

Raisons du retour aux Anastomoses Gastro-Duodénales

Si une longue et nombreuse pratique, facteur indispensable à l'appréciation d'une méthode opératoire, permit de confirmer les excellents résultats du début, elle fit néanmoins ressortir quelques inconvénients passés inaperçus dans l'enthousiasme des premières gastro-jéjunostomies.

C'est que, pour employer une phrase d'un de nos maîtres, les chirurgiens ont tendance à prononcer un peu vite le mot guérison. Le fait d'avoir réséqué une partie de l'estomac, d'avoir rétabli la continuité digestive et, ce, dans de bonnes conditions et avec des suites opératoires assez simples, le fait qu'aucune récidive ulcéreuse ne se manifeste par la suite, ne signifie pas que l'opéré soit à jamais débarrassé d'ennuis d'ordre digestif.

a) On n'a pas souvent à attendre longtemps. Dans les jours qui suivent l'opération, un des inconvénients des gastro-jéjunostomies peut déjà apparaître : il s'agit, de l'aveu même de POLYA, de troubles du passage du contenu gastrique par la bouche anastomique. Certes, cet inconvénient se voit avec n'importe quel mode

d'anastomose gastrique, mais il est particulièrement fréquent quand on utilise le jéjunum plutôt que le duodénum.

Les vomissements qui en sont la traduction clinique semblent avoir de nombreuses causes, parmi lesquelles l'œdème de la ligne de suture vient au premier plan.

b) Certes, souvent aussi, le malade quitte la clinique considérablement soulagé et optimiste pour l'avenir. Malheureusement, il n'est pas rare, quelques temps après (6 mois, un an ou même davantage), de voir revenir ces anciens opérés pour des troubles digestifs persistants, un déficit pondéral important et durable, les empêchant parfois de reprendre leur travail.

Disons tout de suite que les enquêtes faites au sujet de ces troubles digestifs permettent de dire qu'il ne s'agit pas là de symptômes permettant d'affirmer ou même de soupçonner une récidive ulcéreuse, mais de digestions particulièrement laborieuses, de pesanteurs après le repas, parfois de sensations douloureuses ou même de vomissements.

Ces troubles, plus ou moins accusés et par suite plus ou moins gênants, suivant les cas, sont facilement améliorés par le régime et surtout par le fractionnement des repas.

S'atténuant peu à peu avec le temps, ils sont particulièrement fréquents, après les interventions type Polya.

Leur pathogénie a fait l'objet de nombreuses controverses :

L'augmentation soudaine du glucose sanguin par résorption rapide de sucre dans le jéjunum, la distention

du moignon gastrique au cours des repas ont été tour à tour incriminés, sans donner d'explication satisfaisante.

A l'heure actuelle, on pense que c'est la vidange trop rapide du contenu gastrique dans le jéjunum qui serait en cause.

c) A ces deux inconvénients s'ajoute un troisième, peut-être encore plus fréquent : la reprise incomplète du poids après l'opération.

C'est un fait indéniable que de nombreux malades opérés par gastrectomie avec anastomose jéjunale mettent des mois et souvent des années pour récupérer leurs poids normaux. La fréquence et l'importance de ce déficit pondéral vont en s'atténuant, à mesure que l'on s'éloigne de la date de l'intervention.

L'étiologie en est encore mal connue. Les hypothèses les plus diverses ont été soutenues.

Cependant, il semble, comme l'ont fait remarquer Santy et P. Mallet-Guy, que plusieurs facteurs entrent en jeu : exceptionnellement, une autre affection surajoutée à la maladie dyspeptique, quelquefois un défaut d'alimentation lié à un régime trop strict, plus souvent l'impossibilité pour l'opéré de se soumettre aux petits repas fractionnés nécessaires à son équilibre nutritif.

Il faut tenir compte aussi que l'exclusion du duodénum empêche l'entrée en jeu normale des sucs pancréatiques et duodénaux et de la bile, tous indispensables à une bonne digestion et à une assimilation convenable. Il semble aussi que ce déficit pondéral soit lié à la largeur de la résection gastrique : il est, en effet,

surtout observé après les gastrectomies « larges ». L'examen radiologique pratiqué quelque temps après l'opération permet alors de constater un moignon gas-gastrique petit et s'évacuant trop vite dans le jéjunum.

Certes, si ces troubles après gastro-jéjunostomie n'ont pas la gravité de ceux observés après les premières gastro-duodénostomies, ils n'en sont pas moins désagréables pour les malades, qu'ils rendent parfois incapables de travaux pénibles.

C'est à leur atténuation que tendent les efforts des nombreux opérateurs contemporains.

De leur avis, il faut pour cela rétablir autant que possible l'anatomie et la physiologie digestive normales. Or, seules les anastomoses gastro-duodénales possèdent cette qualité.

Ainsi se trouve justifié le retour, dans certains cas, à l'ancien procédé de PÉAN.

Etude critique des Anastomoses Gastro-Duodénales

I. — Les avantages

Ceux qui ont contribué à remettre en honneur l'ancien procédé de PÉAN justifient ce changement d'attitude, en lui reconnaissant les avantages que nous allons exposer :

1° En premier lieu, les anastomoses gastro-duodénales sont essentiellement restauratrices, aussi bien du point de vue anatomique que physiologique. Par elles, la continuité digestive se trouve rétablie dans une forme et une fonction aussi voisines que possible de la normale.

2° Au point de vue technique, l'opération de PÉAN est simple et d'exécution plus rapide que les gastrectomies type POLYA ou FINSTERER. Cet avantage est d'autant plus appréciable, que parfois l'état général du sujet est déficient, surtout lorsqu'il s'agit d'un ulcère ancien ou compliqué.

De plus, l'intervention se situe toute entière dans l'étage sus-mésocolique de l'abdomen, ce qui réduit au

minimum la parésie intestinale post-opératoire, ainsi que les processus de péritonite plastique, les adhérences, les brides et tous autres facteurs d'occlusions post-opératoires tardives.

3° C'est surtout au point de vue des suites opératoires que se manifeste la supériorité de l'opération de PÉAN sur les autres procédés anastomotiques.

C'est un fait que dans les mois qui suivent l'intervention, les malades opérés par cette méthode se plaignent moins de troubles digestifs que ceux ayant subi des gastro-jéjunostomies. S'il faut en croire SANTY et MALLET-GUY, presque la moitié de ces derniers sont sujets à ces troubles.

De plus, fait très intéressant, les opérés par le procédé de PÉAN récupèrent rapidement leurs poids normaux, tout comme les sujets ayant subi une simple gastro-entérostomie. A la fin de notre travail, au chapitre des résultats, nous étudierons plus particulièrement ce point d'après les observations qui servent de base à notre thèse.

II. — Inconvénients

Malheureusement, les gastro-duodénostomies n'ont pas que des avantages, elles ont aussi leurs inconvénients. Les nombreux reproches qu'on leur a adressés avaient contribué à l'abandon du procédé.

Actuellement, si quelques-unes de ces critiques semblent justifiées dans une certaine mesure, beaucoup d'autres sont bien discutables.

1° Le premier reproche fut que ce procédé de gastrectomie ne permettait que des résections très limitées.

Effectivement, les premières tentatives de PÉAN, RYDIGIER, BILLROTH, se résumaient, en pratique, à des pylorectomies.

D'énormes progrès ont été réalisés de ce côté, et de nos jours, cette objection apparaît beaucoup plus théorique que pratique. De l'aveu de tous ceux qui l'ont pratiqué, il est possible, avec le procédé de PÉAN, de faire des résections absolument comparables en étendue à celles qu'on réalise avec les autres procédés. Les exérèses les plus larges (2/3 et 4/5) sont aisément exécutées avec anastomose gastro-duodénale et SANTY a rapporté à l'Académie de Chirurgie des cas de gastrectomies totales suivies d'anastomoses œsophago-duodénales. Les radiographies que nous présentons montrent que l'étendue de la résection gastrique n'a pas à souffrir de l'emploi du procédé de PÉAN.

Certains opérateurs parmi lesquels SANTY, F. D'ALLAINES et DUBOST, prétendent que souvent cette anastomose à la PÉAN ne peut être exécutée qu'au prix d'une mobilisation du duodénum. Ces auteurs insistent toutefois sur le fait qu'il faut éviter absolument de décoller le duodénum de son lit pancréatique, de même qu'il faut se garder de libérer ses bords. De telles manœuvres entraîneraient à coup sûr des lésions vasculaires et compromettraient fortement la solidité de l'anastomose. En réalité, il faut mobiliser le bloc duodéno-pancréatique, ce qui permet d'attirer le duodénum sur la ligne médiane et même à gauche de celle-ci. Cette

manœuvre très facile à réaliser ne vient compliquer en rien l'opération.

Cependant, d'après l'expérience acquise par nos Maîtres, les Professeurs DUCUING et GRIMOUD, cette ressource technique est souvent inutile dans la gastrectomie pour ulcère sans que, pour cela, on éprouve de difficultés au rétablissement de la continuité directe et sans rien sacrifier de l'étendue de la résection.

2° On a reproché aux anastomoses gastro-duodénales, la fréquence des vomissements post-opératoires. Cette critique est encore plus discutable que la précédente. Cet incident, habituellement sans gravité, est possible après l'opération de PÉAN, mais sa fréquence n'est certainement pas plus grande qu'après les opérations du type POLYA ou FINSTERER.

D'ailleurs, la pratique systématique de l'aspiration gastrique à la sonde de Lévine pendant 48 heures, permet d'éviter d'abord ces vomissements, ensuite et surtout la mise en tension des sutures par le liquide d'hypersécrétion gastrique et par le sang épanché dans l'estomac même après une hémostase minutieuse.

3° Le rétrécissement secondaire de l'anastomose gastro-duodénale ne sera pas un argument qui nous retiendra longtemps. Dans les mois qui suivent l'intervention, le contrôle radiologique de ces opérés n'a jamais permis de constater la moindre sténose gastrique. La bouche anastomotique était largement et régulièrement perméable, et l'évacuation gastrique ne dépassait en aucun cas une demi-heure.

4° Par contre, le risque de désunion des sutures est un reproche qui mérite davantage d'être pris en considération. La fistulisation du duodénum est un accident redoutable et il est certain que c'est ce risque mortel qui, autrefois, a fait abandonner l'opération de PÉAN.

A l'heure actuelle, les progrès réalisés sur le plan technique ont considérablement diminué la mortalité imputable à cette cause.

A l'appui de nos affirmations, nous citerons, à la fin de notre travail, quelques statistiques publiées par divers chirurgiens ou recueillies personnellement dans le Service du Professeur DUCUING.

Il n'en reste pas moins vrai que ce risque est un peu plus élevé pour l'opération de PÉAN que pour celle de POLYA ou de FINSTERER.

Cet inconvénient mérite donc d'être retenu, lorsque le chirurgien choisit la manière de rétablir le transit digestif. S'il tient uniquement compte de sa tranquillité personnelle pour les jours qui suivront l'opération, la crainte de voir survenir cette terrible complication qu'est la désunion de la suture, le fera hésiter à pratiquer une anastomose gastro-duodénale.

Par contre, s'il considère seulement les avantages de ce procédé anastomotique, il risque d'être trop systématique et de l'exécuter trop fréquemment.

En effet, pour être faite sans trop de risques pour le patient, l'opération de PÉAN exige certaines conditions que nous devons préciser.

Elles sont au nombre de deux :

A. — *Une technique minutieuse*, en se souvenant que la moindre faute peut être lourde de conséquences.

B. — *Une bonne qualité des tissus* sur lesquels porteront les sutures. A ce sujet, c'est le tissu duodénal qui a le plus d'importance, puisque c'est la suture de cet organe qui est presque toujours sujette à la désunion.

Pour constituer un cas favorable à l'opération de PÉAN, le duodénum devra satisfaire aux exigences suivantes :

a) D'abord, être sain. Nous dirons que toute grosse lésion inflammatoire de péri-duodénite, la presque totalité des ulcères duodénaux, constituent des contre-indications à la méthode, surtout comme l'a fait remarquer d'ALLAINES lorsqu'il s'agira d'ulcère de la face postérieure de la première portion du duodénum, perforé ou non dans le pancréas. En effet, siégeant sur la portion de D1, dépourvue de séreuse, il nécessiterait une résection du duodénum très à droite, au voisinage ou au-delà de l'artère gastro-duodénale. La vascularisation, et par suite la vitalité du segment distal seraient ainsi fort compromises.

b) Ensuite être mobile, afin de ne pas exercer de traction, même légère, sur la bouche anastomotique. Nous avons dit plus haut ce que nous pensions des manœuvres qui, d'après certains auteurs, permettent de donner une plus grande mobilité à cet organe.

c) Il faut, en outre, que la paroi duodénale présente une musculature suffisamment épaisse. Cette épaisseur pariétale doit pouvoir supporter sans déchirer les points d'adossement duodéno-gastriques.

d) Au cours de cette discussion, nous avons fait entrevoir l'importance d'une bonne vascularisation de la première portion du duodénum. Cette condition nous paraît, en effet, une des plus importantes.

Il convient donc, en quelques mots, de schématiser l'irrigation duodénale.

Deux systèmes artériels concourrent à la vascularisation de la première portion du duodénum :

— Le système gastro-duodénal, le principal par ses branches rétro-duodénales, son rameau supra-duodénal et par les branches de l'artère gastro-épiploïque droite.

— Un secondaire, le système pylorique.

Afin d'éviter tout sphacèle ou toute diminution de vitalité du segment duodénal, on devra éviter, au cours de l'intervention, toute manœuvre pouvant léser ces vaisseaux.

Ces différentes conditions que nous venons d'exposer, et que le chirurgien doit exiger pour faire une gastrectomie type PÉAN, nous amènent immédiatement à parler des indications et des contre-indications.

Indications et contre-indications

Contrairement à ce que l'on a pu dire, les indications et les contre-indications ne naissent pas spécialement de l'affection causale, puisque nous l'avons dit, la résection gastrique pouvant être aussi large que l'on veut, le procédé est aussi bien applicable au cancer qu'à l'ulcère.

Par contre, mis à part certaines réserves, concernant les sujets cachectiques ou trop âgés, les raisons qui indiquent ou contre-indiquent ce procédé sont liées à l'état du duodénum. C'est dire que c'est seulement au cours de l'intervention que le chirurgien verra s'il peut faire une anastomose gastro-duodénale.

Justifiant le titre de ce chapitre, nous envisagerons successivement les conditions qui nous semblent indiquer l'anastomose gastro-duodénale et celles qui doivent la faire rejeter au profit des anastomoses gastro-jéjunales. Pour cela nous devrons envisager, l'une après l'autre, les deux affections qui peuvent conduire à pratiquer une gastrectomie : le cancer et l'ulcère gastro-duodénal.

1° Le cancer

Le cancer fut le premier à bénéficier de la gastrectomie, puisque c'est pour un néoplasme du pylore que PÉAN tenta la première résection gastrique suivie d'anastomose avec le duodénum.

Successivement, RYDIGIER et BILLROTH suivirent son exemple.

Les échecs furent nombreux. En effet, plus que l'ulcère, le cancer demande une exérèse large, qui, à ce moment, était déclarée incompatible avec une anastomose gastro-duodénale : l'abandon de ce procédé de gastrectomie s'ensuivit.

Cette opinion prévalut longtemps et FINSTERER disait, au début de ce siècle, que le cancer était une contre-indication à la méthode.

Nous l'avons dit, les choses ont changé depuis et cet argument n'a plus une grosse valeur, puisque l'opération de PÉAN permet une résection gastrique aussi étendue que les autres procédés.

Il ne sera pas question, ici, du gros cancer qui infiltre une grande partie de l'estomac et pour lequel la gastro-entérostomie constitue la seule opération possible; par contre, le petit cancer sténosant du pylore, chez un sujet dont l'état général est déficient, nous semble justiciable d'une gastrectomie à la PÉAN. En effet, dans ce cas, plutôt que de pratiquer une gastro-entérostomie, opération toute palliative, il est préférable, lorsque cela est possible, de faire une exérèse large par gastrectomie, opération que l'on pourra terminer par anastomose gastro-duodénale. Dans les mains d'un

chirurgien expérimenté, cette opération de PÉAN offre au moins les mêmes avantages que les opérations type POLYA ou FINSTERER et parfois même, parce que rapide et peu choquante, peut leur être supérieure.

2° L'ulcère gastro-duodénal

Depuis le début de ce siècle, la gastrectomie a pris une place de plus en plus grande dans le traitement de l'ulcère gastro-duodénal.

Nombreux sont les procédés successivement préconisés et les résultats des plus inégaux.

Il convient donc de faire un choix. Pour nous, celui-ci dépendra, avant tout, du siège de la lésion, accessoirement de certaines circonstances particulières :

A. — *Le siège de l'ulcère.*

La première condition de sécurité et de réussite d'une opération de PÉAN est d'opérer sur de bons tissus, plus particulièrement en ce qui concerne le duodénum, organe réputé dangereux.

En effet, il n'existe pas de contre-indication gastrique à l'anastomose gastro-duodénale, car même avec un gros ulcère de la petite courbure, on trouve suffisamment de tissu gastrique de bonne qualité et normalement péritonisé sur ses deux faces pour effectuer l'anastomose avec le maximum de sécurité.

Par contre, lorsque la lésion ulcéreuse intéresse le bulbe, l'opération de PÉAN fait courir à l'opéré des risques beaucoup plus grands que les autres procédés.

La résection ne pouvant pas être aussi étendue du

côté duodénal que du côté gastrique, il arrive souvent, une fois la résection terminée, que le chirurgien ne dispose plus, pour faire la suture, que d'une étoffe infiltrée, de vitalité assez précaire et mal péritonisée sur sa face postérieure.

Dans d'autres cas, le faible calibre duodénal, en aval de l'ulcère réséqué, ne permettrait qu'une bouche étroite avec laquelle on aurait tout lieu de craindre, par la suite, des troubles à l'évacuation gastrique.

Les ulcères duodénaux contre-indiquent donc l'anastomose gastro-duodénale dans la plupart des cas, non dans tous, puisque quelques-uns ont permis des opérations de PÉAN avec succès.

Toutefois, cette décision ne pourra être prise par le chirurgien que pendant l'intervention, après qu'il se sera assuré de la bonne qualité de l'étoffe duodénale.

Il ressort de tout cela qu'en principe, les ulcères gastriques peuvent relever de l'opération de PÉAN, les ulcères duodénaux étant traités d'habitude par gastrectomie type POLYA ou FINSTERER.

B. — *Les circonstances particulières.*

Si le choix du procédé d'anastomose doit se baser, avant tout, sur le siège de la lésion, il convient de faire place à certains cas particuliers.

— *Ulcères avec lésions associées* : diverticule duodénal, sténose sous-vatérienne, cholycystites et péricholécystites, pancréatites chroniques, contre-indiquent l'opération de PÉAN et seront rationnellement traités par une gastrectomie avec anastomose gastro-jéjunale, ce

qui permettra d'exclure le segment duodénal plus ou moins intéressé par ces lésions.

— *Ulcère qui saigne* : un malade arrive porteur d'un ulcère qui saigne. Il a fait de nombreuses et importantes hématémèses et, de ce fait, son état général et sa résistance sont assez précaires. L'intervention s'impose, mais elle doit être peu choquante et d'exécution rapide. Nous l'avons dit, ce sont là deux qualités de l'opération de PÉAN, procédé de gastrectomie, qui nous semble particulièrement indiqué dans ce cas, sous réserve, bien entendu, des contre-indications énoncées plus haut, tenant au siège de l'ulcère.

— *Ulcère perforé* : La perforation d'un ulcère gastrique avec son tableau clinique dramatique, exige une intervention chirurgicale immédiate. Dans ce cas, et lorsque le malade est vu suffisamment tôt, on ne discute plus actuellement le principe de la gastrectomie d'urgence. Mais l'état général d'un tel malade n'est pas des plus brillants; l'intervention a tout lieu d'être rapide et peu choquante. C'est pourquoi certains chirurgiens ont pensé que l'opération de PÉAN pourrait trouver là une de ces indications.

A ce sujet, les Professeurs DUCUING, P. FABRE et GRIMOUD ont rapporté, en 1939, à la Société de Chirurgie de Toulouse, 4 interventions de cet ordre faites avec succès. Avec eux, quelques chirurgiens ont signalé des cas semblables.

Pourtant, ces quelques succès ne doivent pas nous faire oublier :

— 1° Que la perforation siège souvent dans la région pyloro-duodénale;

— 2° Qu'elle survient en pleine poussée évolutive de la maladie ulcéreuse et le plus souvent en période digestive, ce qui a pour conséquence une congestion et un œdème des parois gastro-duodénales, lésion qui déborde largement le périmètre de la région ulcéreuse.

De tout ceci, il résulte que la qualité du tissu sur lequel porteront les sutures est bien précaire.

En conséquence, dans une chirurgie qui doit rester bénigne comme celle des ulcères gastro-duodénaux, la prudence nous incite à pratiquer de préférence une gastrectomie type POLYA ou FINSTERER, dans le cas d'ulcère perforé que nous voulons traiter par gastrectomie immédiate.

Résultats

A la lumière des observations que nous rapportons et de celles trouvées au cours de nos recherches bibliographiques, nous analyserons, dans ce chapitre, les résultats obtenus par les gastrectomies type PÉAN.

I° Mortalité opératoire

On a longtemps reproché à l'opération de PÉAN et certains le lui reprochent encore, une mortalité opératoire plus élevée que celle des autres procédés de gastrectomie.

Si ce reproche a été fondé assez longtemps, il ne l'est plus maintenant.

Les diverses statistiques publiées ces dernières années, en font foi. — Nous n'en citerons que quelques-unes :

— En 1942, SANTY a rapporté, à l'Académie de Chirurgie, 100 cas de gastrectomie à la PÉAN, dont 13 pour cancer et 87 pour ulcère. — Il reconnaît 6 décès, dont 2 cancers et 4 ulcères.

— Le 8 novembre 1944, F. d'ALLAINES et DUBOST, rapportent 36 observations d'opérations de PÉAN prati-

quées par eux. Un seul de leurs opérés mourut, mais la cause de ce décès est indépendante de la méthode opératoire employée.

— Le même jour, MIALARET signalait 26 observations semblables, avec un cas de mort imputable à la désunion des sutures.

Par la suite, le nombre des observations de ce même auteur augmentait jusqu'à 71, avec 2 décès seulement.

— Le 30 novembre 1946, le Professeur DUCUING et ses élèves publiaient, à la Société de Chirurgie de Toulouse, une statistique portant sur 30 cas et signalaient 3 décès.

— Durant notre séjour dans le Service du Professeur DUCUING, nous avons eu l'occasion d'en recueillir 21 observations, que nous résumerons quelques pages plus loin. Nous avons constaté deux cas de mort, dont un seul peut être mis sur le compte d'une désunion des sutures (observation n° 19) — l'autre (observation n° 12) étant le fait d'une urémie post-opératoire donc, indépendante du procédé de gastrectomie. .

Si l'on considère qu'une statistique publiée en 1933 par FINSTERER, et concernant 1.600 gastrectomies avec anastomose gastro-jujénale, accuse 4 à 10 % de mortalité, on voit que les chiffres ci-dessus ne sont pas plus mauvais.

2° Résultats fonctionnels

A. — *Courbes pondérales post-opératoires.*

Nous avons dit que les malades opérés suivant la technique de PÉAN reprenaient plus rapidement leurs

poids normaux que ceux ayant subi une gastrectomie type POLYA ou FINSTERER.

De toutes les statistiques trouvées au cours de nos recherches bibliographiques, il ressort que dans les deux premières années, presque la moitié des gastrectomies avec anastomose gastro-jéjunales n'ont pas retrouvé leur équilibre pondéral.

Cette proportion est réduite au tiers ou même au quart. en ce qui concerne l'opération de PÉAN.

Sur les 21 observations que nous rapportons et pour lesquelles nous avons enregistré deux décès :

— Treize de ces anciens opérés ont retrouvé leur poids d'avant l'opération ou l'ont même dépassé, dans un délai variant de 4 mois à un an.

— Quatre sont encore au-dessous (observations n° 2, 7, 9, 21) et encore le déficit pondéral d'un de ceux-ci (observation n° 21) n'est pas imputable à l'opération elle-même.

— Deux n'ont pu être revus.

B. — Etude radiologique

Les examens radiologistes pratiqués systématiquement quelque temps après l'opération nous ont permis de voir fonctionner la voie digestive ainsi rétablie.

a) Au point de vue morphologique, nous constatons :

— Que l'estomac obtenu après résection prend généralement une forme conique au sommet inférieur.

Le bord du moignon présente sur son segment inférieur, juste au-dessus de la bouche, un aspect irrégu-

FIG. I. — Cette radiographie montre un petit moignon gastrique et un duodénum dilaté et déporté vers la gauche.

lier, dentelé, correspondant vraisemblablement à la zone de suture de la petite courbure.

La bouche anastomotique, qui, sur les clichés récents, occupe la partie déclive de l'estomac, n'y est plus retrouvée sur les radiographies plus anciennes. Tout se passe comme si la grande courbure étirée s'était allongée. Malgré ce fait, nous n'avons jamais constaté d'important cul-de-sac sous anastomotique ayant peine à s'évacuer.

— Quant au duodénum, il présente quelquefois un aspect très voisin de la normale, mise à part sa première portion qui est plus courte et descendante, au lieu d'être ascendante. Habituellement, cet organe subit les modifications suivantes : ses premières et deuxième portions se prolongent dans l'axe l'une de l'autre, sans qu'on puisse noter le siège du genu supérius.

De plus, il est permis de constater deux autres particularités liées à la traction exercée sur le duodénum par l'anastomose : la colonne vertébrale étant prise comme point de repère, les première et deuxième portions du duodénum ont subi un déplacement vers la gauche et la troisième portion est souvent le siège d'une dilatation plus ou moins marquée.

b) La radioscopie nous a permis de nous faire une idée sur la dynamique de ces anastomoses gastro-duodénales.

Nous dirons, tout de suite, que leur fonctionnement nous a paru aussi proche que possible de la normale.

— Au niveau de la partie restante de l'estomac, on peut constater deux aspects différents :

— Dans le cas de gastrectomie « large », le moignon gastrique, petit et inerte dans les deux premières semaines, présente un liquide de stase. Ce dernier disparaît en général au bout de la troisième semaine, et l'on voit alors sous l'écran des variations de volume n'ayant pas un caractère péristaltique, mais liées vraisemblablement à la contraction tonique des fibres de la musculaire muqueuse (D'ALLAINES et DUBOST).

— Dans les cas plus rares où la résection gastrique a été moins importante, l'aspect du moignon rappelle d'assez près celui d'un estomac normal : la grande courbure présente dans ce cas, des encoches qui traduisent un péristaltisme discret, certes, mais néanmoins suffisant pour hâter l'évacuation.

— Fait capital, la bouche anastomotique est continente et nous n'avons jamais observé de passage en trombe. Pas plus que nous n'avons constaté de passage en filière symptomatique d'une sténose importante.

Toujours le passage par la bouche anastomotique se fait rythmiquement, à raison d'un passage toutes les 15 ou 30 secondes, comme si un nouveau sphincter avait remplacé le pylore primitif.

Au total, l'évacuation de l'estomac est terminée en une demi-heure environ. Il en est généralement ainsi, dès la troisième ou quatrième semaine après l'intervention.

— Le bol alimentaire chemine ensuite assez rapidement dans le duodénum, avant d'atteindre le jéjunum.

Fait important, malgré un certain degré de dilatation du genu inférius visible sur certains clichés, nous

FIG. II. — Radiographie prise deux mois après l'opération de Péan. Sur ce cliché pas de passage pylorique.

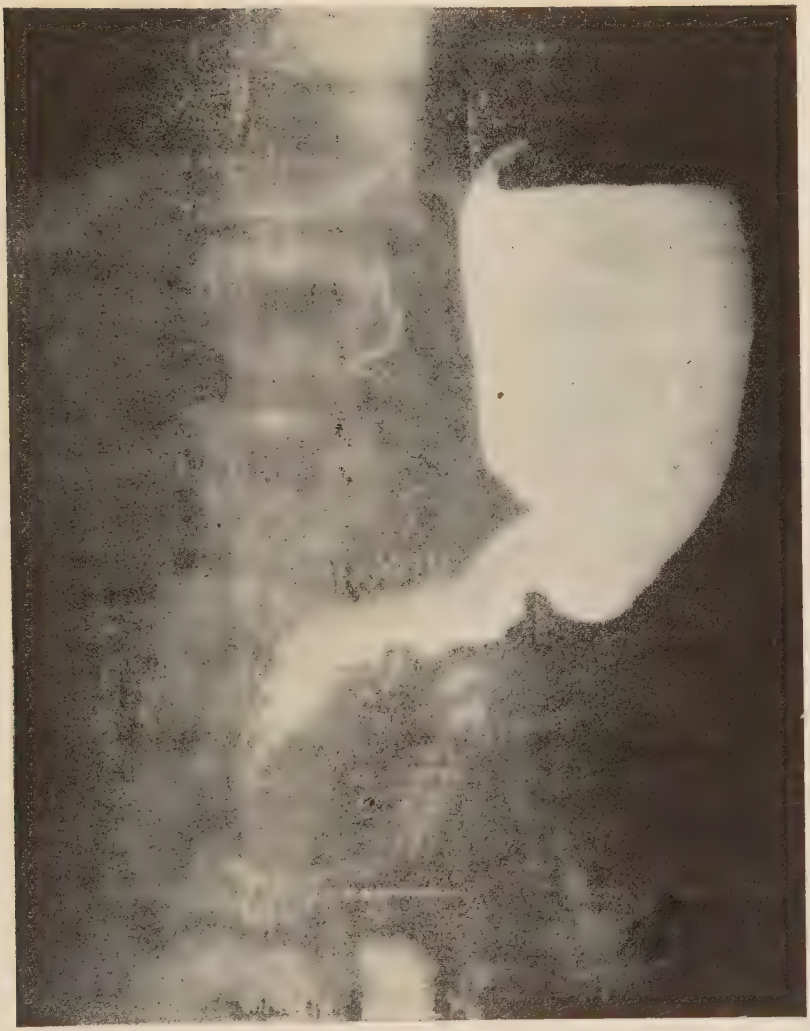

FIG. III. — Même malade que pour la radiographie n° 2.
Ce cliché surprend un passage pylorique.

n'avons pas constaté de stase duodénale vraiment importante.

Cette étude radiologique fait ressortir l'avantage pour ainsi dire physiologique des anastomoses gastro-duodénales. L'estomac continent suivi de ce « syphon » régulateur que constitue le duodénum permet aux aliments d'arriver normalement au jéjunum.

Au contraire, dans les anastomoses gastro-duodénales, la bouche anastomotique incontinente permet à l'estomac de se vider rapidement, en trombe, et l'exclusion du duodénum amène une brusque arrivée du bol alimentaire dans la première anse jéjunale qui, par suite, se distend.

Ainsi se trouve expliquée l'inégalité des troubles digestifs post-opératoires après ces deux techniques de gastrectomie.

3° Valeur curatrice vis-à-vis de la maladie ulcéreuse

La pathogénie de la maladie ulcéreuse, n'est pas encore complètement élucidée.

Il existe pourtant un parallélisme trop étroit et trop répété entre elle et la teneur en acide chlorhydrique du suc gastrique, pour qu'il n'y ait là qu'une coïncidence.

L'hyper-acidité gastrique n'est pas une conséquence de la maladie ulcéreuse, puisque sa conservation permet l'éclosion d'ulcères peptiques et que son absence suffit à les éviter.

Il faut donc admettre que cette hyper-acidité constitue au moins une des causes et certainement la plus importante de la maladie ulcéreuse.

Le but de la gastrectomie n'est donc pas de supprimer une lésion qui ne demande qu'à se réparer, mais de supprimer une fonction : c'est-à-dire, réduire l'activité digestive du suc gastrique, cause première de la lésion. Ceci confirme l'expression de LERICHE, qui a parlé de gastrectomie « pour réduction d'acidité ».

L'acide chlorhydrique du suc gastrique est sécrété par la muqueuse fundique.

Tous les physiologiques s'accordent pour dire que cette sécrétion est sous la dépendance d'un réflexe dont le point de départ est dans la région antrale de l'estomac. En effet, les résections « larges » qui suppriment en totalité la muqueuse antrale sont suivies d'une chute de l'activité gastrique permettant la guérison de l'ulcère.

L'opération de PÉAN qui permet une résection antrale aussi étendue que celle obtenue par les gastrectomies type POLYA ou FINSTERER, possède donc, vis-à-vis de la maladie ulcéreuse, une valeur identique.

Les tubages gastriques effectués quelques temps après l'intervention chez les malades ayant subi une opération de PÉAN en font foi.

Observations

Nos Maîtres, les Professeurs DUCUING et GRIMOUD, ont bien voulu nous confier la publication de 21 cas d'opération de PÉAN, dont les observations résumées vont suivre.

OBSERVATION N° 1

M. M. B., présente depuis longtemps des signes cliniques et radiologiques d'ulcère duodénal.

Il ne s'est pas pesé, mais il prétend avoir bien maigri.

Une gastrectomie type PÉAN est pratiquée sans aucune difficulté, le 23 mars 1946.

Le malade n'est pas pesé à sa sortie de l'hôpital.

Avril 1947. — Aucun trouble digestif n'est perçu. Le malade pèse 63 kgs et prétend que c'est là à peu près son poids normal.

OBSERVATION N° 2

M. J. G., présente des signes cliniques et radiologiques d'ulcère du bulbe avec sténose pylorique.

Le malade pèse 51 kilos.

Opération de PÉAN faite le 4 avril 1946 sans aucune difficulté.

Le malade ne se rappelle plus de son poids à la sortie de l'hôpital.

Avril 1947. — Quelques troubles digestifs légers : pesanteurs après les repas, calmées par la station allongée.

Poids : 49 kilos.

OBSERVATION N° 3

Mme S. O., vient consulter pour un syndrome ulcéreux que la radiographie rattache à un ulcère pylorique.

Nous ne connaissons pas le poids à cette date.

L'opération de PÉAN est pratiquée le 27 mai 1946; quelques jours après, le malade sort de l'hôpital dans un état à peu près satisfaisant, mais n'a pas répondu à notre convocation du mois d'avril.

OBSERVATION N° 4

M. C. G., présente un syndrome ulcéreux que la radiographie rapporte à un ulcère de la petite courbure, avec sténose pylorique.

Ce malade est opéré le 28 mai 1946, non sans quelques difficultés. On trouve un ulcère calleux de la petite courbure entouré de nombreuses adhérences.

Malgré tout, on peut faire une gastrectomie type PÉAN et le malade sort de l'hôpital sans être pesé.

Avril 1947. — Le malade n'a plus souffert et prétend avoir engraissé depuis l'opération. Il pèse 60 kilos.

OBSERVATION N° 5

Mme C. L., depuis plus d'un an présente des signes cliniques d'ulcère gastrique. La radio fait voir une niche au niveau du pylore. Poids 42 kilos 500.

Elle est opérée le 4 juin 1946 et les opérateurs ont

la surprise de constater 3 ulcères : un pylorique, un second sur la face antérieure, un troisième sur la face postérieure.

Malgré ce, on pratique une anastomose gastro-duodénale.

Les suites opératoires sont bonnes et la malade quitte l'hôpital sans qu'on l'ai repesée.

En avril 1947. — Elle n'éprouve aucun trouble digestif et son poids est actuellement de 48 kilos.

OBSERVATION N° 6

M. A. G., présente un syndrome ulcéreux que la radiographie permet de rapporter à un ulcère du pylore.

Son poids n'a pas été noté.

L'opération a lieu le 13 juin 1946 et l'on n'a aucune difficulté à faire une gastrectomie type PÉAN.

Ce malade ne se souvient plus de son poids à la sortie de l'hôpital.

Avril 1947. — Cet ancien opéré éprouve peu de chose : une certaine lenteur de la digestion, surtout marquée pour certains plats : graisses, crudités

Il prétend avoir retrouvé son poids d'avant l'opération, c'est-à-dire 50 kilos.

OBSERVATION N° 7

Chez M. A. L., syndrome ulcéreux typique localisé au bulbe par la radio.

Poids à ce moment : 72 kilos.

Opération de PÉAN faite le 27 juin 1946 sans aucune difficulté. Les suites opératoires sont simples, mais à la sortie de l'hôpital, il ne pèse que 65 kilos.

En avril 1947. — Le malade souffre après avoir mangé. Il dit vomir de temps en temps un liquide couleur café et très acide.

Son poids est toujours inférieur à celui d'avant l'opération : 67 kilos.

OBSERVATION N° 8

M. R. L. présente des signes cliniques et radiologiques d'ulcère du bulbe.

Son poids est de 65 kilos.

Opéré le 17 juillet 1947, suivant la technique de PÉAN.

A la sortie de l'hôpital, trois semaines après, le malade pèse 59 kilos.

En avril 1947. — Quelques troubles digestifs persistent encore, toutefois le malade est bien soulagé.

Son poids avoisine celui d'avant l'opération : 64 kilos.

OBSERVATION N° 9

Chez M. L., signes clinique et radiologiques d'ulcère de la petite courbure.

Il ne s'est pas pesé, mais accuse un profond amaigrissement.

Il est opéré le 2 juillet 1946 et l'on découvre un ulcère terrébrant dans le pancréas. On parvient à faire une gastrectomie type PÉAN, mais on ne peut enlever complètement l'ulcère dont le fonds reste en place.

Le malade n'est pas pesé à la sortie de l'hôpital.

En avril 1947. — Le malade est complètement soulagé. Il ne souffre presque plus. Il a un peu engraissé, mais son poids, 51 kilos est, dit-il, inférieur à celui d'avant la maladie.

OBSERVATION N° 10

M. F. M., présente depuis 1941 des signes d'ulcère d'estomac qui vont en s'aggravant avec le temps. Son poids est tombé de 68 kilos à 60 kilos à la veille de l'opération.

Opération de PÉAN pratiquée le 5 août 1946, mais

avec quelques difficultés, car l'ulcère situé sur la petite courbure est terrébrant dans le pancréas.

Le 23 août, le malade sort de l'hôpital et pèse 57 kgs 100.

En avril 1947. — L'opéré n'a plus jamais souffert et son poids a augmenté progressivement pour atteindre actuellement 70 kilos.

OBSERVATION N° 11

M. P. L., arrive à l'hôpital avec un syndrome ulcéreux et la radio découvre un ulcère de la petite courbure.

Le poids à la veille de l'opération est de 58 kilos.

L'opération est pratiquée le 9 juillet 1946. Quelques difficultés.

A la sortie de l'hôpital, le malade pèse 59 kgs 500.

Actuellement, en avril 1947, plus de douleurs et le poids est de 64 kilos.

OBSERVATION N° 12

M. M., éprouve depuis longtemps un syndrome ulcéreux. La radiographie localise la lésion à la petite courbure.

Son poids à ce moment nous est inconnu.

Gastrectomie type PÉAN, le 22 août 1946. On trouve un gros ulcère de la petite courbure adhérent au foie et au pancréas.

Le lendemain, le malade meurt d'urémie.

OBSERVATION N° 13

Depuis longtemps, M. L. D., présente un syndrome ulcéreux Il se sait porteur d'un ulcère duodénal qui s'est déjà perforé et qu'on a suturé.

Son poids est alors de 54 kilos 800.

Le 1er octobre 1946, opération de PÉAN dont les suites sont simples.

Poids à la sortie de l'hôpital : 51 kilos.

Il n'a jamais plus ressenti le moindre trouble digestif et son poids a augmenté peu à peu et atteint 55 kilos en avril 1947.

OBSERVATION N° 14

M. J. G., éprouve de violentes douleurs à type ulcéreux. La radio montre un ulcère de la petite courbure.

Poids : 64 kilos.

Opération de PÉAN typique le 26 novembre 1946.

Poids à la sortie : 57 kilos.

Depuis, on note la persistance de digestions pénibles et le poids n'atteint que 60 kgs 200 en avril 1947.

OBSERVATION N° 15

Mme S. A., souffre depuis longtemps de son estomac. La radio fait penser à un petit cancer du pylore

Poids avant l'opération : inconnu.

L'opération a lieu le 28 novembre 1946. On se trouve en présence d'un petit néoplasme mobile de la région prépylorique. On ne voit pas de métastase. On fait une anastomose gastro-duodénale. Les suites opératoires sont bonnes.

En avril 1947. — Cette malade prétend avoir engraissé sans nous dire son poids. Elle a repris son travail.

OBSERVATION N° 16

M. A. C., est porteur d'un ulcère de la petite courbure.

Poids : 55 kilos.

Opération le 24 janvier 1947. Facile.

Poids à la sortie : 52 kgs 500.

En avril 1947. — Quelqdes légères pesanteurs gastriques calmées par le repos allongé.

Poids actuel : 56 kilos.

OBSERVATION N° 17

M. I. P., est atteint d'un ulcère de la petite courbure.

Poids : le malade ne peut le préciser.

Le 8 février 1947 : opération de PÉAN. Les suites sont bonnes.

En avril 1947. — Aucun trouble digestif. Il pèse 66 kilos et dit avoir engraissé.

Il a repris son travail.

OBSERVATION N° 18

M. V. St. M., souffre depuis longtemps d'un ulcère de la petite courbure.

Poids : 59 kilos.

Opéré le 14 février 1947 : on ne trouve pas d'ulcère à la palpation.

On pratique tout de même une gastrectomie type PÉAN. Les suites opératoires sont bonnes. Poids : 53 kilos.

En avril 1947. — Ce malade n'a plus souffert. Il a repris son travail et pèse 58 kgs 500.

OBSERVATION N° 19

M. A. Th., opéré le 20 février 1947 pour un ulcère du pylore n'a pas été pesé avant.

Dans les jours qui suivent, le malade meurt dans des conditions qui évoquent la désunion des sutures.

OBSERVATION N° 20

M. D. S., présente un syndrome ulcéreux que la radiographie rapporte à un ulcère de la petite courbure.

Nous ne connaissons pas son poids avant l'opération.

Le 6 mars, ce malade subit une gastrectomie type PÉAN et quitte l'hôpital 3 semaines après.

Il nous a été impossible de constater les résultats, le malade n'ayant pas répondu à notre convocation.

OBSERVATION N° 21

M. S., souffre depuis longtemps de son estomac; la radio permet de voir un estomac dilaté, mais sans plus. Ce malade pèse alors 56 kilos.

L'intervention a lieu le 11 mars 1947. On constate un gros estomac hypervascularisé, mais sans ulcère palpable de l'extérieur.

On pratique une gastrectomie à la PÉAN.

A la sortie de l'hôpital, il pèse 50 kilos.

Actuellement, en avril 1947, ce malade n'éprouve plus aucune douleur, mais son poids est resté inférieur à celui d'avant l'opération : 49 kilos.

Le malade prétend que ce déficit pondéral est lié à l'impossibilité matérielle qu'il éprouve pour se nourrir convenablement.

Conclusions

1° La tendance actuelle d'un grand nombre de chirurgiens est de terminer certaines résections gastriques par une anastomose gastro-duolénale (opération dite de PÉAN).

2° Ce retour à un procédé ancien de rétablissement de la continuité digestive après gastrectomie, s'explique par le désir d'améliorer les résultats opératoires par une méthode qui rétablisse des conditions anatomiques et physiologiques aussi proches que possible de la normale.

3° Les suites opératoires des gastrectomies à la PÉAN montrent en général des reprises de poids plus rapides qu'après les opérations du type POLYA ou FINSTERER.

4° En contre-partie de cet avantage, deux reproches ont été adressés à l'opération de PÉAN.

a) L'insuffisance de la résection gastrique : critique parfaitement injustifiée.

b) Le risque de désunion des sutures. Celui-ci serait réel si l'on voulait terminer toutes les gastrectomies par une anastomose de PÉAN. Mais en limitant les indications aux cas où le chirurgien dispose d'une très bonne étoffe, duodénale, l'opération de PÉAN, réalisée avec une technique correcte, ne donne qu'une très faible mortalité opératoire.

5° L'étude radiologique des gastrectomies à la PÉAN montre un fonctionnement très rapidement satisfaisant de l'anastomose et des modifications duodénales assez curieuses : glissement vers la gauche, dilatations segmentaires, etc...

Le Président de la thèse :

DUCUING

VU : *Le Doyen :*

J. CALVET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Toulouse le 23 juin 1947

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université :

P. DOTTIN.

Bibliographie

D'Allaines (F.) et Dubost. — L'opération de Péan. (*Journal de Chirurgie*, t. LXI, nos 7-7, 1945; pp. 165-171).

— Note complémentaire sur l'opération de Péan. (*Mémoires Acad. Chir.*, 3 avril 1946, t. LXXII, nos 10, 11, 12, pp. 212-213).

D'Allaines (F.), Le Roy et Dubost. — Les Gastrectomies avec anastomose à la Péan. (*Mémoires Acad. Chir.*, 8 novembre 1944, t. LXX, nos 27; 28, pp. 356-362).

Ducuing, Grimoud et Enjalbert. — Indications et contre-indications des anastomoses gastro-duodénales. (*Société Chirurgie de Toulouse*, 30 novembre 1946). (*Toulouse Médical*, 48me année, no 4, avril 1947).

Duval (P.). — Historique des procédés de gastrectomie. (*Journal de Chirurgie*, juin 1947, t. XXXIX, pp. 842-849).

Finsterer. — La gastroduodénostomie termino-terminale et termino-latérale après gastrectomie large. (*Mémoires Acad. Chir.*, t. LXIX, nos 1, 2; pp. 2-3).

Huet et Huguier. — Sur les techniques de rétablissement de la continuité après gastrectomie. (*Mémoires Acad. Chir.*, t. LXXII, nos 18, 19; pp. 307-310).

LECLERC (G. et F.). — La Gastrectomie large avec anastomose gastro-duodénale termino-terminale. Procédé de PÉAN). (*Mémoires Acad. Chir.*, 19, mars 1941, t. LXVII, n°s 9, 10, 11, p. 221).

MIALARET. — Gastrectomie avec anastomose à la PÉAN. (*Mémoires Acad. Chir.*, 5 déc. 1944, t. LXXII, n°s 27, 28, pp. 362-366).

— Sur la gastrectomie avec anastomose à la PÉAN. (*Mémoires Acad. Chir.*, 3 avril 1946, t. LXXII, n°s 10, 11, 12, pp. 213-219).

MONSAINGEON (A.). — Les Gastrectomies laissant l'ulcère en place. (*Thèse Paris*, 1939).

PÉAN. — Tumeurs de l'Abdomen, 1880, t. I, p. 521.

POLYA (E.). — Le Rétablissement de la voie gastro-intestinale après résection gastrique. (*Surg. Gyn. Obst.*, 15 fév. 1940, t. LXX, n° A; pp. 270-290).

RYDIGIER. — (*Arch. für Klinische Chirurgie*, t. XXVI, 1881, p. 738).

SANTY. — L'anastomose gastro-duodénale après gastrectomie et gastro-duodénectomie. (*Mémoires Acad. Chir.*, t. LXVIII, n°s 9, 15, 11-24 Mars, 22-29 Avril, 6-13 Mai 1942, pp. 239-240).

SANTY et COLSON. — Gastrectomie et anastomose gastro-duodénale. (*Lyon Chirurgical*, t. XXXVIII, n° 1, janvier-février, 1943).

SANTY et MALLET-GUY. — Enquête sur les résultats éloignés des gastrectomies pour ulcère. (*Lyon Médical*, 70ème année, 30 octobre 1941, t. CLIX; n° 44, pp. 445-465).

Table des Matières

Introduction 9

Plan 11

Historique 13

A. — Les anastomoses gastro-duodénales 15
B. — Les anastomoses gastro-jéjunales 16

Raisons du retour aux anastomoses gastro-duodénales 19

Etude critique des anastomoses gastro-duodénales 23

1° Les avantages 23
2° Les inconvénients 24

Indications et contre-indications 30

1° Le cancer 31
2° L'ulcère gastro-duodénal 32

Résultats 36

1° Mortalité opératoire 36
2° Résultats fonctionnels 37
3° Valeur curatrice vis-à-vis de la maladie ulcéreuse 47

Observations 49

Conclusions 57

IMPRIMERIE TOULOUSAINE
(Raoul LION)
2, rue Romiguières — TOULOUSE

Dép. lég. 3e tr. 47. Aa 55